UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APLICACION

DEL

MÉTODO ANTISÉPTICO

Á LA OVARIOTOMÍA

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

DE

FERMIN V. SALABERRY

Ex-interno del Hospital Italiano

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1885

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

APLICACION

DEL

MÉTODO ANTISÉPTICO

Á LA OVARIOTOMÍA

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

DE

FERMIN V. SALABERRY

Ex-interno del Hospital Italiano

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1885

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. PEDRO A. PARDO

ACADÉMICOS

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
» » MANUEL P. DE PERALTA
» » MAURICIO G. CATAN
» » CLETO AGUIRRE
» » PEDRO A. PARDO
» » MANUEL ARAUZ
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » EDUARDO WILDE
» » PEDRO A. MATTOS
» » JOSÉ T. BACA
» » DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » IGNACIO PIROVANO
» » PEDRO MALLO
» » GUILLERMO RAWSON
» » MARTIN SPUCH
» » FRANCISCO A. TAMINI
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » MANUEL BLANCAS
» » ANTONIO F. CRESPO
» » BARTOLOMÉ NOVARO

SECRETARIO

Dr. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

CATEDRÁTICOS

Anatomía descriptiva y topográfica...	Dr. D.	MAURICIO GONZALEZ CATAN.
Histolojía y Anatomía Patolójica	»	FRANCISCO A. TAMINI.
Fisiolojía jeneral y humana.....	»	JOSÉ M. ASTIGUETA.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos .	»	JOSÉ T. BACA.
Materia Médica y Terapéutica.....	»	PEDRO A. MATTOS.
Higiene pública y privada	»	ANTONIO F. CRESPO.
Patolojía esterna.....	»	LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Medicina operatoria	»	BARTOLOMÉ NOVARO.
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva.....	»	JACOB DE T. PINTO.
Patolojía interna.....	»	MANUEL ARAUZ.
Clínica Quirúrjica.....	»	IGNACIO PIROVANO.
Oftalmolojía y Clínica respectiva	»	CLETO AGUIRRE.
Enfermedades de niños y clínica respectiva.....	»	MANUEL BLANCAS.
Clínica Médica.....	»	MANUEL P. DE PERALTA.
Medicina legal y Toxicolojía.....	»	EDUARDO WILDE.
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	PEDRO A. PARDO.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	»	MARTIN SPUCH.
Química farmacéutica.....	»	DOMINGO PARODI.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica...	Dr. D.	JUAN J. NAON.
Histolojía y Anatomía Patolójica	»	(Vacante).
Fisiolojía jeneral y humana.....	»	CÁRLOS VILLAR (en ejercicio)
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos..	»	CLAUDIO BENITEZ. ROBERTO WERNICKE.
Materia Médica y Terapéutica.....	»	ENRIQUE DEL ARCA. JUSTINIANO LEDESMA.
Higiene pública y privada.....	»	MELITON G. DEL SOLAR. JOSÉ M. RAMOS MEJIA.
Patolojía esterna.....	»	GUILLERMO UDAONDO.
Medicina operatoria.....	»	JULIAN AGUILAR.
Patolojía interna.....	»	JOSÉ PENNA. INOCENCIO TORINO.
Clínica Quirúrjica.....	»	(Vacante).
Oftalmolojía y Clínica respectiva	»	PEDRO LAGLEYSE. EDUARDO OBEJERO.
Clínica Médica.....	»	JUAN B. GIL. EUFEMIO UBALLES.
Medicina legal y Toxicolojía.....	»	EDUARDO PEREZ (en ejercicio)
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	J. R. FERNANDEZ. LUIS F. VILA.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	»	ATANASIO QUIROGA.
Química farmacéutica.....	»	MIGUEL PUIGGARI (en ejercicio).
Enfermedades de niños y su clínica ..	»	FACUNDO LARGUIA. ANTONIO PIÑERO.
Enfermedades de mujeres y su clínica.	»	(Vacante).

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR ANTONIO F. CRESPO

A LA MEMORIA DE MI INOLVIDABLE PADRE

Á MI QUERIDA MADRE

A MIS HERMANAS

AL SEÑOR

D. LUIS DE ANDREIS

Presidente del Consejo Directivo del Hospital Italiano

APRECIO

AL DOCTOR MANUEL T. PODESTÁ

GRATITUD

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

El haber tenido la suerte de observar los brillantes resultados de la aplicacion del método antiséptico á la ovariatomía, me ha inducido á elegir este punto para tema de la tésis que tengo el honor de presentar á vuestra consideracion.

Si grandiosa es la conquista, que ha enriquecido á la cirugia moderna con la extirpacion de los ovarios enfermos; no menos grande y benéfica es la invencion de un sistema que pusiera esta operacion al abrigo de sus complicaciones.

Hasta hace muy poco tiempo se calificaba de temerario al cirujano que se atrevia á penetrar en la cavidad del peritoneo con la intencion de extraer tumores del útero ó del ovario. Hoy, debido al método antiséptico, se hacen las operaciones mas delicadas, penetrando en la intimidad de las serosas que no ha mucho se las consideraba con religioso respeto. Encontramos perfectamente justificado este temor, por las múltiples circunstancias desfavorables que han

gravitado hasta hace poco sobre los operados en los hospitales.

La higiene no intervenia de una manera directa y decisiva. Pasteur hacia apenas sentir la influencia de sus portentosos descubrimientos, y Lister no habia proclamado todavia su brillante sistema.

Los microbios que hoy son conocidos hasta del vulgo, vagaban impunemente en el ambiente morbífico de los hospitales, llevando en pos de sí la onda funesta de la infeccion purulenta, de la erisipela, de la gangrena nosocomial, etc., etc., etc. Todo ha cambiado en cirugía.

Los procedimientos de curacion, han venido á demostrar á los cirujanos, que sus triunfos no son completos, sino cuando despues de dejar el bisturi, y dar por terminado la operacion, se preocupan seriamente de las condiciones de su enfermo y de los peligros que desde ese momento empiezan á luchar con su operado. Esa infinidad de detalles en apariencia supérfluos sen el medio tendente á la consecusion de un feliz resultado. En síntesis, podremos decir : el cirujano opera, Lister, con su procedimiento, cura.

. . . . . .

Antes de descender de esta tribuna, donde termina mis desvelos de estudiante, quiero manifestaros mi profundo agradecimiento por las sabias lecciones que como maestros me habeis dado, y por vuestros desinteresados consejos que no olvidaré nunca y serán la norma de mis actos como médico.

RESEÑA HISTÓRICA

Los autores no están acordes respecto á quien fué el primero que usó el método de Lister en la ovariotomía. *Newman*, en 1872, parece que tuvo la audacia de esponer el perítoneo al ácido fénico. Voltman, en Marzo de 1873, empleó tambien el método antiséptico en la ovariotomía. Desgraciadamente, estos casos tuvieron una terminacion fatal, y puede atribuirse esto, dice Tiriart, al poco entusiasmo que se tenia por el ácido fénico.

Marion Suns se atribuye la prioridad del empleo del método antiséptico en la ovariotomía, porque en Noviembre de 1876 practicó la estirpacion de un ovario, siguiendo todos las reglas del método Listeriano.

Otros atribuyen al doctor W. Anderson de Saltlake, (E. U.) la publicacion del primer caso de ovariotomía antiséptica. Puede decirse que á partir de 1876 es que se principió á usar este método en la ovariotomía, y actualmente raro es el cirujano que no pone en práctica aún en las curaciones mas sencillas, tan ventajoso método.

Hubiera deseado ocuparme de la estadística de los

casos de ovariotomía operados en Buenos Aires; pero, son tan poco los datos que he podido recojer que he tenido que abandonar mi propósito.

No obstante, he tenido la satisfaccion de ver que en nuestro país, los cirujanos no han permanecido indiferentes al movimiento científico de la época, y que si bien el número de ovariotomías es muy reducido, son inmejorables los resultados obtenidos.

Los doctores Pirovano, Halston, Fontana, Molina, Quinche y Defoix, son los que mas se han ocupado de esta clase de operaciones. Casi todos han empleado el método Lister, obteniendo inmejorables éxitos.

Keyth, hasta el 27 de Octubre del 81, habia operado 381 casos, teniendo 340 curaciones, y cuarenta y una muerte. Lo que dá una média de 10.76 por ciento. Pero debido al método antiséptico la mortalidad ha ido disminuyendo gradualmente, y sobre sus últimos 140 casos, ha tenido 135 curaciones, lo que representa el término medio asombroso de una mortalidad de 3.57 por ciento.

Igual cosa sucede á muchos cirujanos europeos á medida que se perfeccionan en esta clase de operaciones, y usan con mas asiduidad el método antiséptico.

En Alemania donde era de 43 por ciento antes de la introduccion del método antiséptico, baja actualmente, y es de 18 y aún de 10 por ciento.

Kœberlé, que segun Tiriart tenia 38 por ciento de muertos en sus doscientos primeros casos, desciende á 14 por ciento en su primera centena.

Pean no pierde mas que 10 por ciento de sus operados.

Sp. Wells tan refractorio al principio, al método Listeriano, y que lo empleó á partir de sus 884 operaciones, habla de la siguiente manera: «Antes de adoptar los antisépticos, he tenido una vez 27 casos y dos veces 21 sin insucesos. Es por esto que titubeaba, temiendo hacer mal en cambiar, pero cuando comparé los resultados del método antiséptico con aquellos que daban los otros, encontré que la comparacion era mas favorable á los antisépticos. Los 80 casos que operé empleando el ácido fénico, comparados á los otros 80 casos, han sido, debo confesarlo, una prueba evidente; los resultados estadísticos muestran que sobre 84 casos de ovariotomía operados en la práctica privada, con el empleo del ácido fénico, no ha habido sinó 6 muertos y 78 curaciones; miéntras que en los otros 84 casos, á pesar de todos los cuidados que prodigué, hubo 21 muertos y solo 63 curaciones. A medida que continuaba me habituaba mas y mas al tratamiento antiséptico, evitaba los errores y obtuve entonces una série de 36 casos sin ninguna muerte, añadiendo á mas cinco operaciones importantes del abdómen. Puedo mencionar el resultados de 43 casos sin ninguna muerte y estos hechos hablan con mas evidencia en favor del sistema del profesor Lister, que volúmenes enteros sobre la materia teórica.»

La mortalidad, pues, tiende á disminuir continuamente; el pronóstico se vuelve cada dia favorable, y

esta operacion que era tan mortal hace pocos años, dá actualmente resultados sinó superiores, al ménos iguales á toda otra operacion de alta cirujia.

Se puede decir que la regla es la curacion, y la muerte la excepcion.

GENERALIDADES SOBRE EL MÉTODO ANTISÉPTICO

Desde la mas remota antigüedad se ha tenido la nocion de la accion nociva del aire sobre las soluciones de continuidad del cuerpo humano, y el empirismo antiguo combatió esta accion, por la oclusion y por procederes mucho mas poderosos que esta.

Mas tarde, el sabio Pasteur vé en la atmósfera seres microscópicos, que depositándose sobre las heridas, las trasforman, impidiendo su cicatrizacion.

El método antiséptico es el resultado inmediato de estas teorías, cuya nocion principal es la existencia de gérmenes en el medio que nos rodea.

Lister, habiendo luchado con todos los medios posibles, contra la insalubridad de un hospital de Glascow, absolutamente infecto, ideó su método, que le ha dado tanta gloria como buenos resultados.

Persuadido de los perniciosos efectos de la atmósfera donde vivian los heridos, pensó que estos debian ser atribuidos á los gérmenes de que Pasteur se habia ocupado tanto; y en 1865 hase experimentos que le demuestran la presencia de gérmenes en la atmósfera,

sus influencias sobre la putrefaccion y fermentacion, y despues se propone luchar contra los elementos perturbadores.

« Los gérmenes atmosféricos, dice el ilustre cirujano, provocan la putrefaccion de la sangre y de los líquidos animales, y por este proceso engendran las complicaciones de las heridas. »

La septicemia y la peritonitis son las complicaciones mas comunes y terribles de la ovariotomía.

Las investigaciones experimentales no nos han hecho conocer la naturaleza íntima del envenenamiento séptico, pero nos han proporcionado los medios de combatirlo eficazmente. La clínica enseña que hay en el ambiente que nos rodea, una influencia nociva, y contra esos agentes, ya se llamen *miasmas*, *bacterios* ó *microbios,* hay que luchar toda vez que el bisturí hace la menor solucion de continuidad. Destruir, pues, los gérmenes contenidos en la atmósfera, impedir su llegada á la superficie de las heridas, quitándoles su accion nociva, es el ideal de la cirujía aplicada á una de las operaciones mas delicadas, cual es la extirpacion de los quistes ováricos. Para llegar á este fin, dice el ilustre cirujano (Lister), el operador debe estar completamente convencido de la teoría de los gérmenes; debe ver gérmenes en la atmósfera como se vén los pájaros en el cielo.

Numerosos son los procedimientos y los agentes químicos puestos en uso con este objeto; y puede decirse que cada cirujano tiene su método especial. Sin em-

bargo, pueden reducirse á dos los procedimientos puestos en uso, por cuanto en ellos están comprendidos todos los otros.

El primero de estos procederes, y usado desde tiempos muy remotos, es el simplemente higiénico, que no exige mas que grandes precauciones higiénicas y la observacion rigurosa de los medios que pueden alejar los gérmenes, ó impedír su accion sobre el peritoneo. Puede decirse que uno de sus defensores mas ardientes es Kœberlé.

El segundo método, mas moderno aún, se diferencia solo del primero, en la adicion de agentes desinfectantes, bactericidas, tales como el ácido fénico, el agua de cloro, ácido salicílico, bicloruro de mercurio, el sulfofeniato de zinc, etc., etc.

Estos agentes impiden á la serosa peritoneal ser accesible á la accion morbosa de los gérmenes, ó los destruye en el medio en que viven.

El método de Lister es mas preferido actualmente por la inmensa mayoría de los cirujanos, y solo algunos ovariotomistas prefieren el ácido salicílico, bórico, etc.

Para Kœberlé « la nitidez de las superficies traumáticas y la limpieza en el conjunto de una operacion, á veces en los detalles mínimos, son los mejores antisépticos; estos elementos de éxito superan completamente al ácido fénico, pues la neutralizacion y la destruccion de los miasmas aéreos, aunque existan verdaderamente, son rara vez la causa del éxito ».

Para el profesor de Strasbourg, la aplicacion del procedimiento de Lister es únicamente ventajoso porque obliga á los ayudantes y cirujanos á estar limpios. Sin embargo, no es tan absoluto en el rechazo de los antisépticos como podria creerse. Despues de lo que antecede, y analizando de cerca sus procedimientos, se vé que contínuamente hace uso de agentes, como el sulfito de sosa, conocido como antiséptico.

« La habitacion del enfermo debe ser, dice Kœberlé, bien aereada, bien iluminada y calentada moderadamente. Se debe evitar operar todas las veces que el frio sea demasiado intenso, ó cuando los calores del verano sean excesivos. Los instrumentos y los útiles que deben servir para la operacion deben estar perfectamente limpios. Los instrumentos que presentan partes anfractuosas, que es difícil limpiarlos bien, como extremidades de pinzas, etc., y que están impregnados de impurezas, aunque sean nuevos, deben ser pasados por el fuego, limpiados, calentándolos hasta el azul en una lámpara de alcohol. Las esponjas deben estar bien desembarazadas de la arena que les incrusta, y estar libres de olor despues de haber sido golpeadas á seco, despues lavadas sucesivamente en una solucion de carbonato de soda, despues en el alcohol, y en fin en el agua pura ó fenicada. Estas esponjas pueden servir indefinidamente si se tiene cuidado de lavarlas de nuevo cada vez en una solucion de carbonato de soda, despues en el alcohol y en agua, en el momento de servirse de ellas. Las piezas de cu-

racion, las compresas, las hilas, los lienzos que sirven en el curso de la operacion deben ser blancos, sin olor de ninguna clase. El cirujano y los ayudantes deben lavarse varias veces las manos durante la operacion, diez, veinte veces, si es necesario. Las uñas deben estar bien limpias ».

Pero los progresos del método de Lister aplicado á la ovariotomía son tan grandes, y sus buenos resultados tan palpables, que es imposible desconocerlos ; y el mismo Kœberlé, refiriéndose á la práctica hospitalaria, dice que el ácido fénico produce *excelentes* resultados.

Sp. Wells, la primera autoridad en esta clase de operaciones, no ha titubeado en adoptar el método antiséptico, viendo los beneficios y grandiosos resultados que siempre le ha dado en su clínica.

PRELIMINARES DE LA OVARIOTOMÍA

Mas que toda otra operacion quirúrgica la ovariotomía antiséptica exige múltiples y minuciosos cuidados preliminares.

El cirujano debe tener una sangre fria á toda prueba, para vencer todos los peligros que pudiera encontrar; sagacidad é inteligencia para discernir con esquisito tacto el procedimiento ó modificacion mas conveniente al caso que tenga que tratar. Uno de los principales cuidados debe ser la eleccion del local que servirá de morada á la enferma. El cirujano debe elejir un lugar sano, alejado de todo foco de infeccion; debe ser una habitacion bien aereada, espaciosa, y suficientemente iluminada. Debe tener una temperatura constante y que oscile entre los 15° y 22° centígrados. Las operaciones en el campo dán siempre mejor resultado que las que se verifican en las ciudades, debido á la pureza del aire ambiente. Si es en un hospital donde se tiene que operar se procura que la habitacion se encuentre situada lo mas lejos posible de las enfermerías.

Cuatro ó cinco dias ántes de la operacion se lavarán los pisos y ventanas con una solucion de acido fénico, esponiendo las paredes á los vapores de sustancias antisépticas.

Como quince dias antes de la operacion, el cirujano practicará una puncion tanto para confirmar su diagnóstico como para procurar ese bienestar que encuentran los pacientes despues que se evacúa el quiste, y que tanto contribuye al restablecimiento de sus agotadas fuerzas.

Se someterá á un régimen tónico, y se le recetará, á menos que lo impidan las particularidades del caso, una alimentacion generosa, el hierro, la quina, el aire puro, ejercicio moderado y todo cuanto pueda levantar su espíritu.

Hay que procurar que la enferma esté tranquila, y alentar sus esperanzas respecto al resultado de la operacion.

Ocho dias antes de esta, se le darán baños tibios, para escitar la secrecion cutánea y mantener la piel en un estado de limpieza la mas perfecta posible. Al mismo tiempo se le darán purgantes salinos, principalmente, uno ó dos dias antes de la operacion, para obtener el estreñimiento en los seis ú ocho dias subsiguientes.

Algunos cirujanos hacen tomar la noche antes de la operacion, unos gramos de subnitrato de bismuto con el objeto de evitar el meteorismo.

Dos ó tres horas antes de la operacion será conve-

niente desocupar el recto por medio de una lavativa, y afeitar el monte de venus, procurando hacer tomar un baño á la enferma, con el objeto de obtener mayor limpieza.

Antes de la operacion, el cirujano no debe haber hecho autopsias, ni asistido enfermos de erisipela, infeccion purulenta, fiebre puerperal, etc., etc., para impedir toda contaminacion por medio de gérmenes ó miasmas. Igual cosa respecto á los ayudantes.

En tésis general, el número de asistentes debe ser tan restringido como sea posible; generalmente cuatro bastan. Deben ser atentos, esperimentados, y conocer perfectamente ~~el~~ rol; esto último es una condicion esencial para la buena marcha de la operacion. El primer ayudante se encarga de la cloroformizacion. Como esta es larga y continuada debe ocuparse *esclusivamente* de ella.

El segundo sostendrá la pared abdominal, reducirá el epiplon ó intestino herniado, y atenderá á la hemostasia. El tercero se ocupará de los instrumentos.

El cuarto, finalmente, se ocupará de la limpieza de las esponjas.

En cuanto al número de muebles que habrá en la habitacion, debe ser muy reducido; con una cama, una mesa de luz y dos ó tres sillas es suficiente.

Instrumentos. Los instrumentos mas necesarios son los siguientes: un bisturí recto y uno abotonado, fuertes y de mangos fijos, algunas pinzas de diseccion, una sonda acanalada, una sonda de mujer, tijeras

muy curvas y rectas, separadores ó retractores de la pared abdominal, varias docenas de pinzas hemostáticas de diversas formas, ordinarias, en T, en triángulo, etc., un trócar de Kœberlé, tres ó cuatro pinzas de Nélaton, para atraer y mantener el quiste, hilo de seda de China, catgut nº 0 ó 1 para las suturas del peritoneo, nº 2 y 3 para las ligaduras y las suturas de las paredes abdominales, catgut nº 4 para el tratamiento del pedículo ó adherencias muy fuertes, cuarenta ó cincuenta esponjas muy finas y antisépticas, agujas y un porta-agujas ó lo que es mejor dos agujas Deroubaix, una larga para las paredes abdominales y una pequeña para la sutura del peritoneo.

Se reservarán los instrumentos siguientes: cauterio de todas formas, cierra nudos de Kœberlé, uno ó dos *ecraseurs*, tubos de drenaje.

Una vez tomadas todas estas precauciones la enferma es colocada sobre el lecho de operacion. A ejemplo de la mayor parte de los cirujanos debe preferirse una mesa ordinaria, un poco estrecha y baja, guarnecida de un colchon, poco espeso y resistente, cubierto por una tela encerada. Esta mesa debe ser bastante estrecha, para que los ayudantes colocados de cada lado lleguen fácilmente á la línea media. La enferma debe estar revestida de una camisa larga de franela á fin de evitar todo enfriamiento.

Una vez anestesiada la enferma, observando todas las reglas, requeridas por esta operacion, la ovariotomía propiamente dicha empieza.

Puede ella descomponerse en siete tiempos.

1° Incision de la pared abdominal.

2° Evacuacion del contenido ó reduccion del volúmen del tumor.

3° Destruccion de las adherencias, si existen.

4° Constriccion y seccion del pedículo ; escision del tumor.

5° Lavaje de la cavidad abdominal.

6° Sutura del peritoneo, reunion de la herida abdominal y curacion de Lister.

7° Cuidados consecutivos.

PRIMER TIEMPO

INCISION DE LA PARED ABDOMINAL

Despues de haber sondado á la enferma, precaucion indispensable, el cirujano incinde la pared abdominal capa por capa sobre la línea media partiendo de la cercanía del ombligo, hasta seis ó siete centímetros por encima del pubis.

Esta incision tendrá una estension de 10 ó 12 centímetros poco mas ó menos, pudiendo agrandarse mas tarde si fuese necesario.

Hay á veces alguna dificultad en encontrar la línea media; «no es siempre fácil, dice Sp. Wells, seguir la linea blanca. Frecuentemente uno de los rectos, ha sido rechazado sobre un lado ó estendido sobre la cara anterior de la superficie del quiste. Anatómicamente parece ser de una cierta importancia, no abrir el saco de un músculo recto, pero quirúrgicamente, no me parece tenerla».

Habiendo incindido los tejidos superficiales, se llega al plano fibroso, subperitoneal, que es menes-

ter no confundir con la pared del quiste. Incindido este plano, se cae sobre el peritoneo. Fácilmente puede cometerse aquí un error, y consiste en tomar el tejido celular subperitoneal por el epiplon estendido sobre el quiste. Se necesita pues, estar sobre aviso.

Antes de abrir el peritoneo es menester obtener una hemostasia completa de la herida abdominal, se levanta la serosa, se la incinde sobre la sonda acanalada, despues sobre el dedo, por medio de un escalpelo abotonado. Despues de haber corrido una cierta cantidad de liquido ascítico, la pared del quiste aparece, y se le conoce fácilmente por su superficie lisa, blanquizca ó azulada y zurcada de venas mas ó menos voluminosas. No es raro encontrar á veces el epiplon colocado delante de esta pared y adherida á ella íntimamente.

Materia de gran discusion ha sido la longitud á dar á la incision; y se ha llegado á dividir la ovariotomía en operacion mayor y menor segun la longitud mas ó menos considerable de la abertura. Es siempre conveniente hacer primeramente la incision pequeña, que espone menos á la peritonitis, y que puede agrandarse en caso necesario. Por otra parte, las estadísticas prueban que las grandes incisiones dán peores resultados que las pequeñas. «Cuando un quiste puede ser levantado por medio de una incision, que no remonta por encima del ombligo, dice Sp. Wells, las probabilidades de éxito, son

mucho mas grandes que cuando es necesario, estender la incision mas allá del ombligo » y dá la siguiente estadística que comprende 500 casos :

Longitud de la incision en pulgadas	Número de los casos	Curaciones	Muertes	Mortalidad %
3	17	13	4	23.53
4	140	106	34	24.28
5	203	163	40	19. 7
6	80	55	25	31.25
7	29	19	10	34.48
8	20	13	7	35
9	8	4	4	50
10	2	0	2	100
20	1	0	1	100

Tomando como término medio, una incision de seis pulgadas, se establece la siguiente estadística :

	Casos	Curaciones	Muertes	Mortalidad
Incisiones menores de 6 pulg.	440	337	103	23.4
Id mayores de 6 pulg.	60	36	24	40

Se vé pues que las estadísticas hablan en favor de las incisiones pequeñas.

Antiguamente se practicaban las incisiones fuera de la línea media; actualmente es supérfluo hablar de esto. Solo en raros casos, parece mas ventajoso, hacer la incision por encima del ombligo. Se registra una observacion del Dr. Bonner en la que se hizo una incision por encima del ombligo porque las paredes del abdómen estaban tan distendidas que caian hasta

sobre las rodillas. Este cirujano hizo una incision de nueve centímetros entre el ombligo y el esternon. El quiste se pudo estraer fácilmente por esta abertura y quince dias despues la mujer estaba completamente sana.

En nuestra segunda observacion relato la manera como se hizo la incision que á pesar de ser de diez centímetros al principio se tuvo que agrandar despues, hasta dos por sobre el ombligo, por ser demasiado voluminoso el tumor.

SEGUNDO TIEMPO

EVACUACION DEL CONTENIDO

Estando ya libre el tumor, se procede á la evacuacion del quiste.

Se toma con la mano derecha el trócar-sifon de gárfios de resorte, y se hunde en la parte mas saliente del quiste, siempre que este parezca simple; si es multilocular, en el saco que parezca contener mayor cantidad de líquido, y se hace entrar la punta en el interior de la cánula por medio de una pequeña pieza, que se mueve con el pulgar.

Despues que se ha vaciado una cierta cantidad de líquido, se mantiene el quiste suspendido mas arriba que la cánula, por medio de erines ó de un tenáculo, y se le fija entre dientes de los garfios de resorte, que si han sido bien aplicados, mantendrán las paredes del quiste bien estrechadas contra la cánula. Habiendo vaciado uno de los sacos, se puncionan los demás sin levantar la cánula, empujando el trócar hácia adelante, al través del tabique que separa el saco vacío

de aquel que se encuentra aun lleno. De este modo se extrae sin ninguna violencia el quiste reducido á muy pequeño volúmen, por la abertura abdominal. Si hay varios quistes, se puncionan con otro trócar ó con el mismo, pero guardándose de evitar que se derrame líquido en la cavidad peritoneal.

TERCER TIEMPO

DESTRUCCION DE LAS ADHERENCIAS

Habiendo vaciado el quiste y disminuido de volúmen lo necesario para que su extraccion sea posible, se asegura de la existencia de sus adherencias, de su número, de su resistencia y de su situacion.

Debe el cirujano preocuparse de las adherencias, porque su tratamiento constituye una de las partes mas interesantes y difíciles de la ovariotomía. Estas adherencias, que reunen el quiste no solo á las paredes abdominales, sinó á otros órganos contenidos en el abdómen, son frecuentemente de poca resistencia, y ceden con facilidad. No obstante, pueden ser resistentes, voluminosas y vasculares, y es menester en este caso seccionarlas entre dos ligaduras de catgut.

Es á veces difícil y muy delicado librar al tumor de las adherencias que le unen á las vísceras, y especialmente á los intestinos, porque estas son á veces resistentes y pueden occasionar la herida del órgano.

« Algunas veces, dice Sp. Wells, adherencias esten-

didas ceden á un esfuerzo muy débil, pero otras necesitan mucha fuerza para ser rotas. Las adherencias son rara vez tan resistentes que necesiten de su seccion por el cuchillo y las tijeras; cuando tal caso sucede, es mejor cortar una parte del quiste, y dejarlo adherente al intestino ó á alguna otra víscera, que causar daño tratando de levantarlo en totalidad. Jamás he hecho esto, porque despues de haber separado el quiste de la pared abdominal, de haberlo vaciado y atraido hácia fuera con las porciones de intestino y de epiplon que adherian á él, he podido siempre practicar la separacion completa, aunque haya sido necesario tomar grandes precauciones para evitar la lesion del intestino ».

Cuando las adherencias son laxas y poco estendidas, se puede generalmente separarlas con los dedos ó introduciendo la mano entre el quiste y la pared abdominal, de modo que la cara palmar esté sobre el tumor y los dedos formando bóveda, adaptándose á la convexidad de él.

Habiendo sido destruidas las adherencias, se extrae el quiste, lo que se hace fácilmente implantando en él algunas pinzas de garfios llamadas de Nélaton, y operando moderada traccion.

Puede suceder que el epiplon adhiera íntimamente á la pared posterior del quiste y salga con él; en este caso se le reseca entre dos ligaduras de catgut y se le introduce en la cavidad abdominal.

CUARTO TIEMPO

TRATAMIENTO DEL PEDÍCULO

Hasta el presente, el tratamiento del pedículo es el objeto de acaloradas discusiones por parte de los cirujanos.

Segun Waldeyer, el pedículo está formado exteriormente por la parte externa del ligamento ancho; hácia dentro por el ligamento del ovario, encontrándose entre ambos la trompa de Falopio. La longitud del pedículo es diferente, segun los casos, habiéndolos de uno á doce centímetros de largo, por tres á diez de base.

El pedículo encierra vasos, siendo los largos y delgados los que los contienen mas voluminosos. Se encuentran tambien linfáticos, y nervios de espesor variable, segun Sp. Wells.

Numerosos son los procedimientos puestos en uso para el tratamiento del pedículo, pero pueden reducirse á dos principales, segun que el pedículo se fija

afuera ó se abandona en el abdómen. De aquí estos dos procedimientos :

1° Método extra-peritoneal;

2° Método intra-peritoneal.

Primer método.— Me ocuparé sumariamente de este método, poco usado actualmente por los malos resultados que origina.

Consiste este procedimiento en mantener fuera de la cavidad del peritoneo, el pedículo ligado ó comprimido. Comprende, pues, dos tiempos: la ligadura ó la compresion del pedículo, y su mantenimiento en la sutura de la incision abdominal. Antes de la aplicacion del método antiséptico á la ovariotomía, era el método mas usado.

Al principio, para evitar las hemorragias, se empleaba la ligadura con hilo de seda ó cáñamo, á falta de instrumentos constrictores.

Despues de la introduccion del *clamp* en la cirugía, se abandonaron las ligaduras.

Este instrumento se compone de dos ramas metálicas articuladas á la manera de un compas, y provisto de diversos sistemas de tornillos, permitiendo una compresion enérgica de los tejidos.

Se ha usado tambien el *cierra-nudos* de Cintrat, el *écraseur*, el *termo-cauterio*, etc., etc.

La única ventaja de este método es ponerse al abrigo de las hemorragias en la cavidad peritoneal. Sin embargo, si una ligadura espone á hemorragias secundarias, fácilmente se remedia el mal.

Este método se opone formalmente á la aplicacion del de Lister, y dejando abertura en el vientre, hay dos puertas de infeccion, el muñon y la abertura.

Por otra parte, una supuracion abundante persiste durante mucho tiempo, y la caida de la parte mortificada tiene lugar hácia el vigésimoquinto dia.

Todas estas razones, y la aplicacion del método de Lister, han hecho que se abandone este método, por lo menos en la mayor parte de los casos.

Segundo método. — Este consiste en abandonar el pedículo ligado en la cavidad del abdómen.

Es preciso garantirse, en este método, del peligro de la hemorragia, y con este objeto se han puesto en uso los siguientes procedimientos: *ligaduras en masa* ó *por partes*, *ligadura aislada* de los vasos, *cauterizacion*, *magullamiento*, *torsion*, *enucleacion* y *acu-presura*.

Unicamente se recomiendan dos de estos métodos: la cauterizacion y la ligadura.

Cauterezacion. — Desde Clay, que fué el primero que la empleó, y que inventó su procedimiento y su *cautery-clamp*, hasta nuestros dias, numerosos son los procedimientos y los instrumentos puestos en uso, pues que cada autor puede decirse que tiene el suyo.

Dos son los instrumentos que actualmente se usan, el clamp de Sp. Wells y el termo-cauterio de Paquelin.

Con el primero se comprime el pedículo, y con el segundo se secciona por encima de él, los tejidos, y

se combina la hemostásia y la accion antiséptica del calor.

La escara que se forma es inofensiva y asi lo demuestran los resultados tan favorables de Baker-Brown y de Keith. A pesar de ser inofensiva no pone al abrigo de las hemorragias, pues si bien es cierto que la cauterizacion, detiene el derrame de las pequeñas arterias, no sucede lo mismo con las de mayor calibre. Baker-Brown confiesa que en cinco casos seguidos de muerte la cauterizacion fué impotente para detener la hemorrágia, y tuvo que recurrir á la ligadura.

Ligadura del pedículo. — Hoy el mas usado de los procedimientos aunque al principio reprobado por los cirujanos que temian la inflamacion del peritoneo.

Nathan Smith, de Baltimore, fué el primero que en 1821 ligó el pedículo con ligadura de cuero y abandonó el todo en el abdómen.

Despues de él siguiéronle todos los cirujanos de esa época, y aunque se tenia alguna repugnancia en usarlo; desapareció desde el momento que el método de Lister fué aplicado á la ovariotomía.

Muchas sustancias se han usado para la ligadura del pedículo. Physick empleó los hilos metálicos. Sims los de plata. Estos tienen el inconveniente de desgarrar los tejidos produciendo hemorragias.

Despues se han usado, hilos de cuero, de fibra de tendones, de ballenas, etc., etc. Los hilos que actualmente se usan son los de cáñamo, seda de la China,

y el catgut. La seda y el catgut, son los mas usados desde la aplicacion del método de Lister.

Sin embargo, la seda y el cáñamo, segun las esperiencias de Spiegelbergh, pueden no sufrir ninguna transformacion durante la primera semana; pero los hilos de cáñamo se hinchan y se reblandecen, y los leucocitos pueden introducirse en sus mallas y dar lugar á abcesos ó enquistarse. Esto último sucede muy á menudo con la seda.

En vista de estos inconvenientes se usan mas los hilos de catgut. Estos se componen de intestinos de carnero, conservados en aceite fenicado ó en una solucion de acido crómico. Estos hilos se reabsorben y es muy difícil esplicar la manera como lo hacen.

En general puede decirse que cualquiera de los hilos es bueno, con tal que se haga uso del método de Lister.

La manera de ejecutar la ligadura del pedículo, es una precaucion importante, y es necesario no descuidar los mas mínimos detalles.

Segun la forma y grosor del pedículo, la manera de hacer la ligadura cambia. Los pedículos delgados y largos pueden ser ligados una sola vez. Para prevenir el deslizamiento, se puede ligar los pedículos delgados en dos partes, atravesándolos por medio de una aguja, teniendo cuidado de no pinchar los vasos.

Los pedículos anchos y gruesos deben ser ligados en 2, 3 ó 4 partes. La division de las partes puede hacerse con el dedo, para evitar la lesion de los vasos.

El doctor Thornton aconseja á propósito de la ligadura lo siguiente: «un hilo doble de seda fenicado se pasa por el medio del pedículo, donde no hay vasos sanguíneos y se corta cerca de la aguja; con una de las puntas liga el lado en que están las venas, y con la otra el lado donde están las arterias.»

En fin, como última precaucion, conviene comprender en la ligadura el conducto de Falopio, á fin de evitar que á la vuelta de la menstruacion la sangre, derramándose por el tronco del pedículo y estendiéndose en la cavidad abdominal, dé lugar á la formacion de un hematocele.

QUINTO TIEMPO

Limpieza de la cavidad peritoneal.—Siendo ya la hemostasia perfecta se procede al lavaje de la cavidad abdonimal. Kœberlé dice: «Se ha insistido mucho sobre la importancia de la evacuacion perfecta de la serosidad de la sangre y de los líquidos que han podido ser introducidos ó que estaban en la cavidad peritoneal. El peligro de su estancacion ha sido muy exagerado. A ménos que estos líquidos no sean ya putrefactos ó no hayan sido alterados por su esposicion al aire en operacion de larga duracion, su presencia en pequeña cantidad en la cavidad abdominal despues de la reunion de la herida, no puede ser considerada como nociva y su reabsorcion se opera de una manera muy rápida.

Lo mismo sucede con la grasa líquida ó concreta de los quistes dermóides, los coágulos pocos voluminosos, con la para-albúmina y la materia colóide, con el agua fenicada, el aceite de olivo, que han podido quedar impugnemente en la cavidad del perítoneo. Sin embargo es menester limpiar todos los repliegues con el mayor cuidado posible.»

Es muy importante limpiar perfectamente la cavidad abdominal y el éxito de la operacion, como dice Sp. Wells, depende mucho de ello.

Para el toilette del perítoneo se necesitan un número considerable de esponjas y paños antisépticos. Es de la mayor importancia evitar la acumulacion de líquidos sépticos en los repliegues del perítoneo. Algunos ovariotomistas colocan con este objeto un tubo de drenaje en la cavidad peritoneal. Por lo general se le situa en el ángulo inferior de la herida.

No es de absoluta necesidad el drenaje, siempre que se haga uso, con rigor del método antiséptico; y sí por desgracia se acumulan líquidos sépticos en la cavidad del perítoneo hay siempre el tiempo de abrir la cavidad, y establecer el drenaje, operacion completamente inofensible segun lo asegura Gaillard Thomas.

SESTO TIEMPO

Tratamiento de la herida abdominal.—Habiéndose terminado el toilette del perítoneo, se trata de cerrar la herida abdominal. Es menester asegurarse ántes, que nada ha quedado en el abdómen.

Sp. Wells dejó por olvido dos veces una esponja; Pean y Billroth dejaron una vez un paño.

¿Cómo debe ser la sutura de la herida abdominal? Esta cuestion está aún espuesta á discusiones. Antiguamente se rechazaba completamente el empleo de suturas profundas, y creia que con un simple vendaje de diez y ocho puntas, se podia obtener la cicatrizacion de las heridas penetrantes del vientre.—Esto tiene su esplicacion si se recuerda el gran temor que ántes se tenia á las inflamaciones del perítoneo.

Actualmente se discute si es ó no necesario comprender en la sutura al perítoneo. Sp. Wells, Simpson y en general los médicos ingleses aconsejan comprender el perítoneo en la sutura. Pero Kœberlé, Clay, Baker Brown y otros, dicen que es preferible dejar el perítoneo afrontarse libremente.

Muchas ventajas presenta la sutura del perítoneo. Primero, que se establece un tabique entre la cavidad abdominal y la herida tegumentaria. Por consiguiente está por esto menos espuesta la cavidad del abdómen á las influencias nocivas de la herida. Por otra parte sabido es la facilidad como se adhieren las serosas, y suturar el perítoneo es adelantar notablemente el trabajo de adherencia que mas tarde se estableceria.

Concluido pues, el toilette del perítoneo, puede suturarse este de la siguiente manera : se toma con una pinza los dos lábios de la herida y se coaptan poniéndole numerosos puntos de sutura de catgut ó seda. Deben usarse agujas muy finas y la sutura entrecortada.

Habiendo terminado la sutura del perítoneo, se reunen los tegumentos esternos. Esta sutura debe comprender todos los tejidos hasta el perítoneo esclusivo.

Respecto al hilo empleado en esta sutura varia mucho. Sp. Wells dice que ha usado hilos de cáñamo, seda, plata, acero y otros.

Generalmente se usa aquí dos hileras de sutura, una profunda que abrace la masa de la pared abdominal y evite la dislocacion, y otra superficial que reune exactamente los lábios de la herida.

Los que no emplean la sutura del perítoneo, tratan de aportar tejido contra tejido por medio de una sutura que no incluya al perítoneo.

«Esta sutura hecha en los lábios mismos de la

incision no comprende de cada lado sinó los tejidos fibrosos de la línea blanca y no interesa el perítoneo, que no es necesario sinó aproximar con una pinza y que se afronta naturalmente cuando se anuda el hilo. El nudo debe ser estrechado tanto como lo permitan los tejidos y debe mantener sólidamente las paredes abdominales.» (Kœberlé).

Este modo de reunion es muy sólido, dice Kœberlé; pero como el otro método está exento de peligros y es mas ventajoso, se prefiere á este.

Los cirujanos que comprenden el perítoneo en la sutura emplean diferentes procedimientos.

Sp. Wells procede de la siguiente manera: verifica varios puntos de sutura profunda, comprendiendo el espesor de la pared abdominal inclusive el perítoneo. La distancia de cada sutura es de cuatro centímetros. En el intérvalo coloca suturas superficiales que interesa la piel y el tejido celular. Anudando entónces los hilos se obtiene al cabo de ocho ó diez dias una muy buena cicatriz.

«Comprender el perítoneo en la sutura, dice Sp. Wells, es muy importante para el éxito de la operacion. Los bordes del peritoneo se sueldan rápidamente. En la autopsia de personas que han muerto cuatro horas despues de la operacion, estos bordes han sido encontrados bien reunidos por primera intencion. De este modo el pus y las otras secreciones de la herida no pueden penetrar en la cavidad peritoneal; la adherencia del epiplon ó de los intestinos ó una parte cualquiera

de la herida no recubierta de la serosa es impedida, y se obtiene una tan sólida reunion que es muy raro ver sobrevenir una hernia ventral. »

Siempre que se ha dejado el perítoneo flotar libremente en el abdómen, se le ha encontrado despues fuertemente adherido á los órganos abdominales.

Los resultados tan satisfactorios obtenidos por la sutura abdominal que comprende tambien el perítoneo, han hecho que este método se adopte por el mayor número de cirujanos.

SÉTIMO TIEMPO

Cuidados consecutivos. — Habiendo sido bien reunida la herida y despues de haberla lavado perfectamente y secado con lienzos calientes, se aplica la curacion de Lister. Esta parte requiere mucha atencion de parte del cirujano, porque de la buena ejecucion de ella depende el éxito de la operacion. Se principia por cubrir la línea de reunion con una bandeleta de protectif, encima de este se ponen algunas capas de gasa perdidas y finalmente la pieza de curacion compuesta de ocho á diez capas de gasa antiséptica, suficientemente grandes para recubrir la parte anterior del abdómen. Todo esto se cubre con una ancha pieza de Mackintosch. Despues se recubre el todo de algodon antiséptico, llenando tambien dos huecos epigástrico é inguinales. En seguida se hace un vendaje alrededor del abdómen, de modo que sostenga suficientemente toda la curacion.

Es conveniente despues de la operacion practicar una inyeccion de uno ó dos centígramos de morfina, con el doble objeto de mantener el reposo absoluto de los ór-

ganos abdominales, y de calmar el sistema nervioso del gran simpático profundamente alterado á consecuencia de una operacion tan grave.

Las curaciones pueden hacerse cada dos ó tres dias, ó mas á menudo, segun lo requiera las circunstancias.

El cateterismo debe practicarse cada tres horas.

Cuando hayan desaparecido los vómitos consecutivos á la cloroformizacion, se le puede dar á la enferma, leche, huevos, vino aguado, vino puro, etc. En general es necesario colocar á la paciente en las condiciones habituales de su vida ordinaria.

El primer dia es generalmente penoso en razon de las náuseas y vómitos. Para combatirlos se recurrirá á las inyecciones de morfina, á las bebidas heladas, al hielo al interior, al coñac, al champagne frappé. Este último dá por lo general escelentes resultados.

En la ovariotomía antiséptica, cuando marcha bien, la temperatura no escede de 38°. En la primera observacion que cito, la temperatura máxima fué de 37° 8, y en la segunda de 38°.

Al tercer ó cuarto dia todos los fenómenos nerviosos se calman y la operada siente un gran bienestar. Entonces se hace necesario desembarazar el intestino por medio de lavativas ó por la administracion de un laxante.

Hácia el sétimo dia la reunion de la herida es completa. Se levanta entonces la curacion, y por medida de precaucion pueden colocarse sobre el vientre bandas de gasa con colodion. Estas adhieren íntimamente y

forman una sutura seca escelente. Sobre estas vendas, puede aplicarse nuevamente una curacion de Lister, y entónces quedan las enfermas en estado de levantarse y sentarse en una silla. A los 15 dias pueden ya salir de la habitacion.

Por lo general, es esta marcha que sigue la ovariotomía; sin embargo pueden presentarse complicaciones, siendo las principales la hemorragia, la septicemia, y la peritonitis. Pero haciendo una buena ligadura del pedículo y observando estrictamente las reglas del método antiséptico, difícilmente se presentan estas complicaciones.

HISTORIAS CLÍNICAS

OBSERVACION 1ª

Colomba Cuneo, de nacionalidad italiana, de 33 años de edad, casada, de temperamento sanguíneo y buena constitucion, entró al Hospital Italiano el dia dos de Mayo de 1885, buscando en la caridad y la ciencia alivio á sus males; que en su casa le habia sido difícil sinó imposible obtener. Tuvo sus primeras reglas á los 16 años, siendo estas siempre muy regulares.

Respecto á los antecedentes patológicos de familia, su padre fué siempre muy sano y su madre murió de una pleuresía.

Dice no haber tenido otra enfermedad que los trastornos consiguientes á sus siete partos, que han sido siempre inmejorables.

Refiere la enferma que hace dos años próximamente tuvo un parto muy feliz, despues del cual notó que el vientre se le ponia duro é hinchado, sintiendo al mismo tiempo un dolor casi contínuo en la region hipogástrica derecha. Al principio dió poca importancia á estos fé-

nómenos, considerándolos como consecuencias del parto, por lo que no consultó á ningun médico, y solo tomó los remedios que le proporcionó la partera, volviendo todo á su estado normal. Dice que como al mes sintió nuevamente las mismas incomodidades que al principio, siendo esta vez mas fuertes los dolores, y mas marcada la hinchazon y dureza del vientre. En vista de esto, resolvió llamar un médico, quien le recetó una bebida que le hizo desaparecer los dolores.

Desde este tiempo se repetian sus sufrimientos; cada mes ó cada dos meses; y durante el intérvalo que no los esperimentaba, la hinchazon del vientre desaparecía.

A los seis meses se sintió embarazada, fijándose los dolores en la region hipogástrica derecha, y siendo tan intensos que le obligaban á guardar cama durante dias y semanas enteras. En este estado fué cuando entró por primera vez á este Hospital, donde se le hizo una operacion, asegurando la enferma, que se sintió tan bien que á los pocos dias salió del Hospital, pudiendo dedicarse en seguida á los quehaceres de su casa, y al cuidado de sus hijos: lo que le hizo abandonar la idea de hacerse sacar el tumor que los médicos del hospital le habian dicho era la causa de su enfermedad.

He pedido informes al Dr. Borra, médico interno del Hospital, sobre la veracidad de estos antecedentes; y me dice que efectivamente hace poco mas ó menos un año, se le habia hecho una puncion en el vientre, sacándole una enorme cantidad de líquido.

Habiendo sentido las mismas molestias, y con mas intensidad, que aquellas que la indujeron á entrar por primera vez al Hospital, hoy nuestra enferma, llama de nuevo á las puertas de la caridad, anciosa y con la firme resolucion de hacerse operar, y librarse de una tan penosa como molesta enfermedad.

Me ocuparé del exámen objetivo y subjetivo de nuestra enferma.

Exámen objetivo. Para seguir un órden mas metódico, me serviré de los medios de esploracion física que Gaillard Thomas trae en su tratado, sobre las enfermedades de las mujeres.

1° Inspeccion y manipulacion.
2° Mensuracion.
3° Palpacion.
4° Percusion.
5° Auscultacion.
6° Tacto vaginal.
7° Tacto rectal.
8° Sonda uterina.
9° Paracentesis y aspiracion.
10° Exámen químico y microscópico del fluido del tumor.
11° Incision esploradora.

Inspeccion y manipulacion. El vientre estaba muy distendido, duro, principalmente en su parte derecha, y la piel sembrada de cicatrices blancas, signo cierto

de las distensiones que habia sufrido la pared abdominal en los partos anteriores.

Mensuracion. La mensuracion nos dió el siguiente resultado.

Medidas trasversales:

Circunferencia media, pasando por el ombligo 118 centímetros.

Circunferencia superior tomada á 5 centímetros encima del ombligo, 110 centímetros.

Circunferencia inferior á 5 centímetros por debajo del ombligo, 113 centímetros.

Medidas verticales:

Del pubis al esternon, 42 centímetros.

Del pubis al ombligo, 27 centímetros.

Medidas oblícuas:

De la espina ilíaca anterior y superior derecha al ombligo, 38 centímetros.

De la espina ilíaca anterior y superior izquierda, 36 centímetros.

Por medio de la *palpacion* se podia apreciar un tumor voluminoso, algo duro, de forma irregular y mas prominente en la parte derecha. Imprimiendo movimientos, el tumor se dislocaba mas fácilmente hácia la izquierda, sin abandonar del todo la region hipogástrica derecha. Siendo las paredes abdominales un poco flácidas podia sentirse el límite izquierdo del tumor.

Por la *percusion* se podia apreciar un sonido mate, en casi toda la estension de la region hipogástrica derecha, excepto en la parte izquierda, donde el sonido era confuso.

La *auscultacion* de la superficie abdominal no nos dió ningun signo, por el que se pudiera confirmar la existencia, de un quiste.

El *tacto vaginal* y *rectal* nos dió la sensacion de una fluctuacion oscura, signo cierto de un tumor abdominal.

No se hizo uso de la *sonda uterina* ni de la *parecentesis* porque los antecedentes que teniamos nos daban la conviccion de la existencia de un quiste.

El *exámen químico* y *microscópico* del fluido del tumor, y la *incision* ~~aflorada~~ se eliminaron, pues se resolvió hacer la ovariotomía.

eshloradra

Exámen subjetivo. — La enferma no presentaba alteracion de ninguna clase, funcionando todos sus aparatos, fisiológicamente.

Diagnóstico. — Con gran número de estados morbosos puede confundirse un quiste del ovario, pero habiendo sido en este caso, tan evidente la presencia del tumor, no me detendré á hacer el diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO

El ardiente deseo y buena disposicion que tenia la enferma para ser operada, nos descidió á preparar lo mas pronto posible, lo necesario para una operacion tan séria, en un establecimiento, en que habiamos tenido que luchar tanto, para conseguir ponerlo en buenas condiciones higiénicas.

Hace muy poco tiempo que algunos médicos del Hospital Italiano, consideraban á este, como un establecimiento completamente impropio, á causa de sus malas condiciones higiénicas, para tentar la menor operacion.

Asi, la erisipela y la infeccion purulenta, etc., no eran raros.

Pero debido á los esfuerzos de los médicos que consiguieron poner en práctica el método antiséptico todos estos peligros desaparecieron.

Muchos dias antes de la operacion se sometió á la enferma á un régimen tónico y reconstituyente, se le dió quina, buena alimentacion y buen vino, etc., etc.

Preparada suficientemente la enferma para la ope-

racion, uno de nuestros primeros cuidados, fueron ponernos al abrigo de todos los elementos que pudieran impedir ó comprometer su buen éxito.

Siendo la ovariotomía una operacion tan delicada, por esponerse una de las serosas mas importantes á la accion del aire afmosférico, ¿cuántos y numerosos tendrian que ser nuestros cuidados, para modificar las condiciones del ambiente, contra las que habiamos tenido que luchar tratándose de las mas sencillas operaciones? Velar pues por conseguir una habitacion lo mas higiénicamente posible, debia ser nuestro primer propósito. Ocho dias antes de la operacion se lavaron con una solucion concentrada de ácido fénico, los pisos, puertas y ventanas de la pieza que iba á servir de morada á nuestra operada, mientras durara su permanencia en el hospital.

En seguida se espuso la habitacion á los vapores del cloro: y dos dias antes del señalado para operar; á las pulverizaciones de ácido fénico.

El dia antes de la operacion, todo estaba preparado, los instrumentos, esponjas y la seda, en una solucion de ácido fénico al 5 °/₀. La mesa, sabanas, colchones, gasa protectif etc., etc., recibian una densa niebla de solucion feniada, producida por cuatro pulverizados á vapor.

El dia 21 de Mayo de 1885, reunidos los doctores Fontana, Podestá, Borra, Rinoldi y Loreto, se procedió á la cloroformizacion de la enferma, habiéndole hecho antes una inyeccion con dos centígramos de

morfina. Se extrajo la orina, y en seguida el Sr. Fontana colocado á la derecha de la enferma, hizo una incision de 10 centímetros, partiendo de las inmediaciones del ombligo siguiendo la línea media hácia el pubis.

Se incindió capa por capa hasta llegar al peritoneo, cohibiendo, con la aplicacion de esponjas fenicadas, la pequeña hemorragia que daban los vasos.

En seguida se hizo una pequeña abertura en el peritoneo, se introdujo una sonda acanalada y se incindió la serosa en toda la estension de la superficie traumática.

Las adherencias que eran numerosas cedieron fácilmente á la mano del operador.

Se practicó la puncion del quiste con el trócar, y se extrajo una gran cantidad de líquido, saliendo tambien algunos pelos.

Se trataba pues de un quiste *dermoideo*.

Aquí se tomaron las precauciones necesarias para evitar el derrame del líquido en el perítoneo.

En seguida se estrajo el tumor con bastante facilidad.

El pedículo fué tratado de la siguiente manera: Se aplicó el clamp de Sp. Wells apretando fuertemente la base del pedículo, y despues con un hilo doble de seda perfectamente desinfectado se practicó una doble ligadura. Se cortaron los cabos del hilo muy cerca del nudo, y se seccionó el pedículo entre el clamp y la ligadura abandonándose este último, en la cavidad abdominal.

Empleóse la seda y no el catgut, porque con el método antiséptico no hay que temer absolutamente á la ligadura, y porque el doctor Fontana, sigue la opinion de su ilustre maestro, Schröder, quien, en 300 casos que empleó esta ligadura, le dió siempre buenos resultados.

La limpieza del peritoneo se hizo con emponjas que de antemano se tenian en una solucion feniada. Despues de escurridas se introdujeron, una á una por medio del porta-esponjas en la cavidad abdominal paseándola de una parte á otra, con el fin de limpiar exactamente la cavidad.

La reunion de la herida abdominal se hizo por medio de suturas superficiales y profundas convenientemente dispuestas.

Curacion.—Despues de haber lavado la herida se colocó en toda su estension una tira de protectif, poniendo paralelamente á este dos grandes almohadillas de algodon bañado en una solucion de ácido fénico, en seguida grandes pedazos de gasa, cubriendo el todo, con gutapercha fenicada.

Se terminó la curacion asegurando el abdómen y el apósito por medio de un vendaje hecho con una gran faja de franela.

Pieza patológica.—El tumor se componia de una gran cavidad que contenia mucho líquido, grasa, pelos y dientes incrustados en sus paredes.

Además de esta cavidad habia otras pequeñas que contenian únicamente líquido.

Cuidados consecutivos.—Despues de la operacion, se le extraia la orina cada tres horas.

Se le alimentaba metódicamente; y habiendo presentado hipo y algunas náuseas se le administró el Champagne.

La temperatura observada diariamente jamás ascendió á mas de 37°8.

A los quince dias, la herida habia cicatrizado perfectamente y la enferma pedia ser dada de alta. A los veinte dias salió del hospital.

Actualmente la enferma se encuentra completamente restablecida, llevando en sus entrañas el producto de una nueva concepcion.

OBSERVACION 2ª

Hace como cinco años que la señora N. N. suiza, viuda, de 55 años de edad, sintió dolores é hinchazon del vientre. Sus reglas han sido siempre regulares y sus partos bastante felices.

Al año de notar los primeros síntomas de su enfermedad tuvo ocasion de consultar á algunos médicos de su país, que le dieron pocas esperanzas respecto á su mejoría.

Al poco tiempo, viendo que su mal aumentaba consultó á un médico de esta ciudad, que le dijo que su enfermedad era ocasionada por un tumor algo difícil de operar.

Hace dos años fué llamado el Dr. Fontana por los hijos de la enferma, que alarmados por el deplorable estado en que esta se encontraba, y viendo por otra parte la poca eficacia de los medicamentos que hasta entonces había tomado, le suplicaron tratara de aliviar sus sufrimientos por los medios á su juicio mas oportunos.

Del exámen del Dr. Fontana resultó que la enferme-

dad que la señora N. N. padecía, era un enorme quiste del ovario, aconsejándole la estirpacion del tumor, como uno de los medios mas seguros para librarse del mal.

Negándose la enferma á ser operada se le hizo una puncion, sacando una gran cantidad de líquido.

A los siete meses hubo de repetirse la misma operacion, notando que á medida que pasaba mas tiempo, la necesidad de puncionarla se hacía sentir en mas cortos intérvalos y mas imperiosamente; hasta que las tres últimas punciones se hicieron en el espacio de dos meses, encontrándose la enferma en esta época en un estado de suma debilidad.

La última vez que se puncionó el quiste se estrajo 38 litros de un fluido color pardo oscuro. Cloroformizada la paciente, su traje quedó reducido á una bata y una camisa, envolviéndosele las piernas para impedir el enfriamiento con gran cantidad de algodon y una venda de franela.

Hízose una incision de 12 centímetros, calculando el volúmen del tumor por la escesiva distension del vientre, cuyas dimensiones señalo mas arriba.

Todo resultó como se esperaba; el tumor era tan voluminoso que aun despues de haberlo reducido de volúmen por la puncion se vió que era imposible sacarlo, por la abertura practicada de antemano de una regular estension.

Se prolongó la incision hasta dos centímetros por encima del ombligo, dejando á la izquierda el anillo

de éste. Se encontraron numerosas adherencias pero fáciles de desprender.

No me detendré sobre cada uno de los tiempos y demás pormenores de la operacion, porque poco mas ó menos todo se hizo igual á la primera observacion.

La temperatura de la enferma nunca ascendió á mas de 38°.

Hoy se encuentra en un estado de perfecta salud, bendiciendo la mano que la libró de una tan penosa como incómoda enfermedad.

El tumor estraido pesaba 29 libras, habiéndosele sacado antes 38 litros de líquido.

V° B°

ANTONIO F. CRESPO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histologia. —¿El oríjen histológico del hombre es una célula?

Anatomía descriptiva. — ¿Qué órganos se encuentran contenidos en la pélvis y á qué aparatos corresponden?

Anatomía topográfica. — Rejion perineal del hombre.

Fisiología. — La actividad vital es siempre provocada, jamás espontánea.

Materia médica y Terapéutica. — ¿Qué es terapéutica?

Patología externa. — Diagnóstico diferencial de los aneurismas del tronco bráquio-cefálico, carótida primitiva y aorta.

Patología general. — Diferencia entre infeccion y contajio.

Nosografía médica. — El estiramiento del nérvio ciático ¿cura la esclerosis posterior?

Clínica médica. — ¿Puede el reumatismo iniciarse por el endocardio?

Medicina legal. — ¿Están de acuerdo con la ciencia las disposiciones del código en lo que se relaciona con las manifestaciones exactas de la vida?

Obstetricia. —De la pelvis considerada como canal que debe recorrer el feto.

Oftalmología. — De la luz.